

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

51

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

R. JEANDEL

Ancien externe des Hôpitaux

Lauréat de l'École de Médecine et de l'Hôpital d'Angers

Né le 21 Mars 1890, au Mans

DE L'EXCLUSION DU PYLORE

PAR LE PROCÉDÉ DE LAMBOTTE

DANS LES

ULCÈRES PYLORIQUES ET DUODÉNAUX

Président : M. HARTMANN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

51

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	N.
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNF
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile	POZZI
Clinique thérapeutique	KIRMISSON
Hygiène et clinique de la première enfance	ALBERT ROBIN
	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOLLETT	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

R. JEANDEL

Ancien externe des Hôpitaux

Lauréat de l'École de Médecine et de l'Hôpital d'Angers

Né le 21 Mars 1890, au Mans

DE L'EXCLUSION DU PYLORE

PAR LE PROCÉDÉ DE LAMBOTTE

DANS LES

ULCÈRES PYLORIQUES ET DUODÉNAUX



Président : M. HARTMANN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15. Rue Racine (VI^e)

1918

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A M. LE PROFESSEUR HARTMANN
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

*Qui a bien voulu me faire l'hon-
neur de présider cette thèse.*

INTRODUCTION

Après la phase de succès enthousiaste que trouva l'opération de la gastro-entérostomie à ses débuts, succéda une période de légère désillusion. Certes la gastro-entérostomie donnait de beaux succès, et même parfois de vraies résurrections; mais souvent aussi les résultats étaient incomplets, insuffisants, quelquefois même nuls. Ces insuccès sur lesquels notre maître M. Denécheau notamment et M. Parmentier attirèrent l'attention, appelaient d'autres recherches, de nouveaux perfectionnements. Il existait bien la pylorectomie qui est une excellente méthode, mais trop souvent elle n'était pas applicable.

Le progrès attendu semble bien être à l'heure actuelle l'exclusion du pylore. Appliquée pour la première fois fortuitement, puis étudiée méthodiquement ensuite par de nombreux auteurs, l'exclusion du pylore vit peu à peu son utilité s'affirmer comme complément de la gastro-entérostomie. La question trouva un regain d'intérêt après le XXIII^e Congrès de Chirurgie lorsque MM. Ricard et Pauchet eurent attiré l'attention du monde médical sur l'ul-

cère duodénal qui était bien connu en Angleterre mais souvent confondu dans les autres pays avec d'autres lésions. Et cependant, pour les auteurs anglais et pour les rapporteurs, il ne s'agissait pour porter remède aux lésions duodénales que de la simple gastro-entérostomie jugée par eux l'opération de choix.

Pourtant, faite suivant les anciens procédés, l'exclusion du pylore apportait à la gastro-entérostomie une complication de technique qui la faisait fréquemment rejeter et privait les opérés des grands avantages qu'elle est susceptible d'apporter à leur état.

Il semble aujourd'hui que les objections tombent devant une technique extrêmement simplifiée et efficace préconisée par M. Lambotte, et que ce procédé doive désormais compléter la gastro-entérostomie dans de nombreux cas.

Nous comptons dans ce travail faire l'étude de cette méthode et des objections qu'elle peut susciter. Nous essayerons de préciser les indications de l'exclusion pylorique et nous apporterons à l'appui de cette étude les résultats de la pratique de M. Delagenière qui a bien voulu nous communiquer ses observations et nous faire profiter largement des remarques de sa grande expérience. Nous lui exprimons ici toute notre profonde gratitude pour son extrême obligeance et la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Que ceux qui nous ont si aimablement aidés de

leurs conseils trouvent ici l'expression de nos remerciements, M. Laquerrière et M. Beauchef en particulier, dont nous avons mis à contribution la grande obligeance.

1. 1940年10月1日，在...
 2. 1941年1月1日，在...
 3. 1942年1月1日，在...
 4. 1943年1月1日，在...
 5. 1944年1月1日，在...
 6. 1945年1月1日，在...
 7. 1946年1月1日，在...
 8. 1947年1月1日，在...
 9. 1948年1月1日，在...
 10. 1949年1月1日，在...

CHAPITRE PREMIER

Historique de l'exclusion pylorique

C'est de propos non délibéré que le 28 novembre 1892, Doyen pratiqua la première exclusion du pylore. Ayant sectionné l'estomac pour faire l'ablation d'une tumeur, il ne put extirper celle-ci trop adhérente et dut fermer le pylore. L'année suivante il songea à oblitérer le pylore « pour obtenir un fonctionnement parfait de l'orifice gastro-jéjunal » (1). Il préconise dans ce but la section de l'estomac et la suture des deux tranches ; puis en 1895 il propose l'invagination, la plication du pylore et il note que « en cas d'ulcère duodénal, l'oblitération du pylore normal amène une guérison beaucoup plus rapide ».

Von Eiselsberg (2) redécouvrit l'exclusion par hasard en 1895 et constata la guérison rapide des malades qu'il croyait atteints de tumeurs cancéreuses. Le procédé qui a gardé son nom, consiste

1. Doyen, Compte rendu du VII^e Congrès de Chir. (*Revue de Chir.*, t. XIII, mai 1893, p. 401 et *Bull. médic.*, 1893, p. 409).

2. Von Eiselsberg, *Zur Ausschaltung inoperablen Pylorustrickung* (*Arch. f. Klin. chir.*, 1895, Bd. 50, p. 919).

dans la section complète de l'estomac avec fermeture du bout proximal et distal.

Chauvel (1) en 1898 dans sa thèse, Codivilla (2) en 1898 et 1899 étudient les indications de l'exclusion du pylore.

En 1903 Berg (3) pratique l'exclusion par ligature très serrée.

En 1904 Mayo (4) relatant une statistique d'ulcères duodénaux, parle du blocage du pylore.

En 1904 également M. Quénu (5) étudie les indications théoriques de l'exclusion dans les cas d'hémorragies aiguës.

Le premier Congrès international de Chirurgie en 1905 entend la communication de Von Eiselsberg (6) sur les bons résultats de l'exclusion comme traitement des hémorragies.

En 1907 M. Tuffier (7) se déclare l'adversaire de l'exclusion qu'il juge aussi difficile, aussi dangereuse que la résection sans en avoir les avantages, et pas supérieure à la simple gastro-entérostomie.

1. Chauvel, *l'Exclusion du pylore*. Thèse de Paris 1898.

2. Codivilla, *Contributio alla chirurgia gastrica (Estratto del Bulletino della scienze medicale di Bologna*. Série VII, nov. 1898 et janv. 1899).

3. Berg, *Einseitige Ausschaltung des Duodenum bei perforierenden Geschwurbildungen an der hinteren Wand des absteigenden Duodenalastes (Zentralblatt f. Chir.*, 23 mai 1903, p. 556).

4. Mayo, *Duodenal ulcer; a clinical review of 58 operated cases (Annals of. Surg.*, déc. 1904, n° 6, p. 900).

5. Quénu, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1904, p. 305 et 447.

6. Von Eiselsberg, *l'Intervention chirurg. dans les maladies non cancéreuses de l'estomac (1^{er} Congr. intern. Chir.*, 1905, p. 219).

7. Tuffier, *Chirurgie de l'estomac*, 1907, p. 302.

Cette même année M. Jonnesco (1) plaide au Congrès de Chirurgie la cause de l'exclusion dont il rapporté six cas.

M. H. Delagenière (2) en rapporte trois observation au Congrès suivant. Royer (3) son élève relate ces cas dans sa thèse.

Il faut ensuite citer les noms de Jianu (4), Vautrin (5), Parlavecchio (6). Celui-ci fait l'exclusion par ligature du pylore serrée énergiquement.

En 1911 MM. Leriche et Bressot (7) étudient la question dans un article documenté. Deux mois après, le rapport de MM. Ricard et Pauchet (8) sur l'ulcère duodénal resté classique, mentionne l'exclusion duodéno-pylorique comme traitement de cette affection, mais n'en fait pas la méthode de choix.

M. Devereux-Delagenière (9) rapporte les beaux

1. Jonnesco, *l'Exclus. du pyl.* (XX^e Cong. fr. chir., 1907, p. 1096).

2. H. Delagenière, (XXI^e Congr. Chir., p. 340).

3. Royer, *De l'exclus. du pyl. comme compl. de la G. E.* Thèse de Paris, 1908).

4. Amza Jianu, *les Indications de l'exclus. du pyl.* (Arch. prov. chir. 1910, n° 5, p. 257).

5. Vautrin, *Trait. chir. de l'ul. duod.* (Arch. g. de chir. 1910, n° 8, p. 770).

6. Parlavecchio, *Nuovo methodo per l'esclusione del piloro* (Policlino, 1910).

7. Leriche et Bressot, *l'Exclus. du duod. et l'exclus. du pyl.* (Lyon chir., t. VI, n° 4, p. 413-448).

8. Ricard et Pauchet, *Ulcère duodénal. Son trait. Chir.* (Rapport au XXIII^e Congr. Chir. Paris 1911, p. 461-590).

9. Devereux-Delagenière, *Des indicat. de l'excl. du pyl. dans les affect. bénignes de l'estom. et du duod.* Thèse Paris 1911.

résultats de M. H. Delagenière son oncle, et, précise les indications de l'exclusion.

Au Congrès de chirurgie allemand von Eiselsber, Bier et Girard discutent la question.

En 1912 Kocher (1) estime l'exclusion inutile.

MM. Borszeky et Baron (2) sont partisans de l'exclusion par ligature serrée même si elle n'est pas durable. Bier (3) est du même avis.

Puis les études sur la question se font de plus en plus nombreuses, chaque chirurgien émettant son opinion ou indiquant le résultat de son expérience.

M. Leriche (4) en 1913 se déclare partisan de l'exclusion, mais opposé à la ligature par le procédé de Parlavecchio.

M. Bastianelli (5) estime que faute de la résection on doit employer l'exclusion.

Au congrès de chirurgie allemand de 1913, les partisans de l'exclusion sont nombreux.

Poddighe (6), en 1914, préconise un procédé par

1. Kocher, *Sur la valeur de la gastro-entérostomie* (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, t. CXVI, 1912).

2. Borszeky et Baron, *Trait. de l'U. calleux de l'est.* (*Beiträge zur Klin. chir.*, t. LXXVII, fasc. 2 février 1912, p. 421).

3. Bier, *Sur l'U. du duod.* (*Deutsche medizinische Wochenschrift* t. XXXVIII, nos 17 et 18, p. 788 et 836).

4. Leriche, *Comment faut-il réaliser l'excl. du pyl. et du D.* (*Lyon chir.*, t. X, n° 1, 1^{er} juillet 1913, p. 27 à 34).

5. Bastianelli, *Le pour et le contre du trait. de l'U. gastr. par l'excision, la résection segment. et la résect. subtotale* (*La Clinica chir.*, t. XXI, n° 9, sept, 1913, p. 1953).

6. Poddighe, *Sur l'excl. du P.* (*La Clin. chir.*, n° 5, p. 869, 31 mai 1914).

serrage de trois fils séro-musculaires avec renforcement d'une bandelette aponévrotique.

W. J. Mayo (1) plaide chaudement pour l'exclusion.

A la Société de Chirurgie de Paris MM. Enriquez et Gosset (2) relatent 7 cas absolument favorables à l'exclusion. Dans la discussion qui suit, M. Cunéo et M. Tuffier s'en montrent partisans. Tous ces auteurs n'admettent que la section franche de l'estomac.

Enfin c'est en 1914 au congrès de chirurgie de New-York que M. Lambotte (3) dans la discussion qui suit le rapport sur l'ulcère de l'estomac et du duodénum préconise son procédé dont l'étude fait le sujet de cette thèse et que nous exposerons au chapitre suivant.

De cet aperçu il résulte que les partisans de l'exclusion pylorique sont fort nombreux à l'heure actuelle, mais que les procédés pour la réaliser sont encore très discutés.

1. W.-J. Mayo, *Récidive d'U. D., après interv.* (Th. Boston méd. a. Surg. Journ., t. CLXX, n° 5, p. 149).

2. Enriquez et Gosset, *Remarques sur l'exclus. du pyl.* (Bull. et Mém. de la Soc. Chir. Paris, t. XL, 1914, p. 331).

3. *The Lancet*, 1914, p. 1492, 1^{er} semestre : Rapport à la « The international surg. Ass. ». Séance du 14 avril 1914.

CHAPITRE II

Etude du procédé de Lambotte

Le procédé que M. Lambotte d'Anvers préconisait en avril 1914 au Congrès de New-York consiste à serrer modérément un fil autour du pylore. Ce chirurgien passe une pince sous le pylore à travers les épiploons et la retire en entraînant la ligature constituée par un fil de chanvre assez fort.

M. Delagenière déprime simplement l'épiploon gastro-hépatique avec l'index gauche qui passe sous le pylore et fait saillie sous l'épiploon gastro-colique. Aidé de ce repère il enfonce une aiguille de Reverdin qui lui permet de passer le fil de soie assez gros dont il se sert. Il est inutile, comme le faisait remarquer M. Lambotte, de faire l'enfouissement sous un surjet séro-séreux.

Certes, avant M. Lambotte, le procédé de la ligature avait été appliqué comme nous l'avons vu, notamment par Berg, Parlavecchio, Randisi. Mais tous s'efforçaient de serrer énergiquement la ligature et de ce fait arrêtaient la circulation dans la zone sous-jacente. Le fil, les mouvements péristaltiques aidant,

s'invaginait peu à peu dans les tuniques, s'éliminait finalement par la lumière duodénale, et la continuité du tube digestif était rétablie. C'est en effet ce qu'établissaient les expériences d'Oliva et Paganelli (1). M. Lambotte affirmait au contraire que si le fil est serré faiblement, juste assez pour mettre les muqueuses en contact, il ne coupe pas les tuniques et reste en place.

Nous préciserons ce point bientôt, mais nous tenons à faire remarquer le grand progrès que cette manière de faire apportait sur tous les autres procédés employés jusqu'alors.

Des diverses méthodes d'exclusion qui se partageaient la faveur des chirurgiens, celle de von Eiselsberg recueillait le plus de suffrages à cause de l'efficacité non douteuse du résultat.

Elle consistait, nous l'avons vu, après effondrement des deux épiploons gastro-hépatique et gastro-colique aux points choisis à faire la section complète de l'estomac un peu en amont du pylore et à suturer soigneusement les deux tranches.

MM. Leriche et Bressot (2) proposaient de faire la section à travers le sphincter pylorique même, ce qui avait l'avantage de rendre les sutures plus faciles et plus rapides ; mais alors l'exclusion ainsi faite

1. Oliva et Paganelli, *Sur l'excl. du P. au moyen d'une bandette apon. et av. un lambeau pédiculé d'épipl.* (*La Clin. chir.*, n° 5, 31 mai 1914).

2. Leriche et Bressot, *loc. cit.*

n'est plus applicable aux ulcères pyloriques et pré-pyloriques.

Il n'est pas besoin d'insister pour montrer la complication que le procédé de von Eiselsberg apportait à la gastro-entérostomie. L'opération était allongée d'un quart d'heure au moins, ajoutait aux dangers toujours possibles résultant de l'ouverture d'une cavité septique. Cette prolongation est d'ailleurs une grosse objection quand il s'agit de malades souvent épuisés par des souffrances longues, par des hémorragies antérieures, parfois cachectiques. Cela est d'autant plus vrai que les chirurgiens qui l'avaient adoptée, ne pratiquaient le plus souvent cette exclusion que dans un second temps, quand une simple gastro-entérostomie avait apporté un soulagement insuffisant à leurs malades.

M. Devereux-Delagenière (1) concluait dans sa thèse qu'on devait la réserver aux malades dont l'état général le permet.

Ainsi donc, le plus grand nombre des opérés étaient privés d'un perfectionnement opératoire qui aurait pu très souvent leur apporter une guérison plus complète et plus rapide.

Une modification intéressante de la méthode de von Eiselsberg consistait à sectionner la paroi antérieure de l'antra pylorique, ainsi que la muqueuse de la paroi postérieure en laissant intacte la séro-musculaire postérieure, à suturer les extrémités cir-

1. Devereux-Delagenière, *loc. cit.*

culaires de la muqueuse des deux côtés en formant deux culs-de-sac, puis les deux lèvres de la section séro-musculaire antérieure, en terminant par un sujet séro-séreux.

C'était un progrès mais éloigné encore de la simplification que donne la ligature.

Certes, pour remédier à cette complication, on a bien préconisé d'autres méthodes d'exclusion. Nous avons parlé des ligatures de Berg et Parlavecchio et nous avons vu qu'elles coupaient les tuniques gastriques et disparaissaient.

MM. Wilms et Bogoljuboff avaient obturé le pylore par une bandelette aponévrotique prise à la gaine du grand droit (Bogoljuboff) ou dans le fascia lata (Wilms); d'autres la prenaient dans un segment du ligament rond du foie (Polya), ou encore une portion de l'épiploon. Ces moyens étaient un peu plus durables que le fil serré mais la technique était aussi plus compliquée que la ligature. La prise du lambeau ou de la bandelette, sa fixation par des points sur le pylore après l'avoir isolé ou le surjet séro-séreux pour enfouir la ligature n'avaient certes pas la rapidité du procédé de Lambotte.

Poddighe (1) proposait de passer trois fils séro-musculaires sur l'antra pylorique en trois points, de nouer les chefs de chacun de ces fils, ce qui amenait le rétrécissement voulu. Il consolidait enfin le tout par une bandelette aponévrotique.

1. Poddighe, *loc. cit.*

Parfois les auteurs faisaient précéder ces ligatures d'écrasement du pylore, ce qui nous semble bien dangereux au point de vue de la possibilité du développement d'ulcères sur la région ainsi traumatisée.

Tous ces procédés étaient donc ou inefficaces, ou plus compliqués que celui de M. Lambotte, ou même dangereux.

Remarquons cependant que certains auteurs, M. Cunéo (1) notamment, adoptaient la ligature serrée malgré ses effets temporaires, estimant que si elle restait en place quelques semaines, cette durée leur paraissait suffisante pour amener la guérison de l'ulcère.

Pourtant la persistance de l'exclusion est un élément de première importance de l'avis le plus général, et c'est ce qui militait le plus en faveur du procédé de von Eiselsberg. MM. Enriquez et Gosset (2) qui se sont déclarés partisans de l'exclusion, n'admettent que cette méthode parce que les autres ne sont pas durables. M. Tuffier partage leur avis. M. Leriche (3) en disait autant en 1913.

La persistance de l'exclusion par le procédé que nous défendons est donc le point qui peut prêter à litige, car ses avantages à tous les autres points de vue ne sont pas contestables.

Cette persistance, M. Lambotte l'a affirmée au

1. Cunéo (*Bull. et mém. Société Chir. Paris*, 11 mars 1914, p. 331).

2. Enriquez et Gosset, *loc. cit.*

3. Leriche, *loc. cit.*

Congrès de 1914. Il n'avait pas eu l'occasion cependant de la vérifier pour le pylore, mais il avait pu, disait-il, constater le fait sur l'intestin par l'introduction du doigt plusieurs mois après la fermeture, car il estime que son procédé lui est applicable.

Nous ne nous occuperons pas ici de l'intestin tout en notant au passage que le fait a semblé douteux à M. Delagenière, une observation d'un blessé de guerre opéré pour fistule intestinale ayant paru démontrer le contraire. Mais pour le pylore le fait semble incontestable et les recherches que nous avons faites pour vérifier la permanence de l'exclusion par ligature non serrée, nous permettent de conclure par l'affirmative.

Nous exposerons d'abord le témoignage de M. Delagenière qui a examiné à la radioscopie plusieurs malades ainsi opérés depuis cinq à six mois. Chez tous il a constaté qu'au bout de ce temps le pylore était fermé et ne laissait pas passer de bouillie bismuthée. C'est d'ailleurs depuis ces constatations qu'il emploie systématiquement ce procédé.

Il put d'ailleurs faire le contrôle, *de visu*, de cette permanence. Il opéra en janvier 1917 un soldat pour ulcère pylorique et fit l'exclusion par ligature. Cet homme alla bien quelque temps puis eut des vomissements bilieux. M. Delagenière réintervint : la bouche anastomatique de gastro-entérostomie était en bon état, tout était normal et la ligature avait parfaitement tenu en place, ne présentant pas même de tendance à s'invaginer, à s'incruster dans les

parois. Cet opéré alla bien une dizaine de jours, se remit à vomir ; on l'envoya en convalescence prolongée et c'est alors que les vomissements cessèrent.

Nous ne rechercherons pas la cause de ces vomissements un peu énigmatiques et capricieux, mais le fait intéressant est que la ligature n'avait ni bougé, ni provoqué la moindre modification dans les tissus sur lesquels elle se trouvait depuis deux mois.

Deux mois c'est peu évidemment ; mais cependant, si le fil avait dû traverser plus tard, comment n'aurait-on vu au bout de ce laps de temps aucune trace du travail qui aurait abouti à l'enfoncer dans les tissus ?

Nous avons enfin recherché d'anciens opérés pour les faire passer à la radioscopie, et nous avons réussi à retrouver un opéré de deux ans, et un de dix-huit mois. Enfin, pour contrôler les résultats à différentes périodes, nous avons examiné une opérée datant de de deux mois et demi. Voici leur observation. M. Laquerrière a eu la grande obligeance de bien vouloir pratiquer pour nous ces examens auxquels nous assistions.

OBS. RADIOSCOPIQUE I. — M. M... Joseph, quarante ans, employé de chemin de fer, opéré par M. Delagenière le 21 décembre 1915 pour ulcère juxtapylorique et ulcère de la portion descendante du duodénum ayant provoqué plusieurs hématemèses et mélocenas. On a fait une gastro-entérostomie postérieure verticale avec exclusion du pylore par un fil de soie modérément serré, juste en amont de la lésion pylorique.

Radioscopie faite le 5 décembre 1917, deux ans après l'opération : Le malade étant à jeun on lui fait ingérer 50 grammes de carbonate de bismuth en suspension dans l'eau.

L'évacuation par la gastro-entérostomie se produit immédiatement et rapidement. On constate un péristaltisme intense dans la région de l'antra pylorique. L'onde se propage vers le pylore, déterminant dans cette région une poche qui diminue de volume progressivement puis disparaît en laissant retomber le bismuth dans l'estomac et sans qu'il y ait eu la moindre trace de passage par le pylore.

Après un quart d'heure de repos l'estomac s'est vidé en grande partie ; les mouvements péristaltiques continuent dans les mêmes conditions, l'intestin grêle continue à se remplir.

On malaxe alors énergiquement l'estomac en essayant de repousser son contenu sur le pylore. Il est impossible de provoquer le moindre passage par cet orifice.

OBS. RADIOSCOPIQUE II. — M. B... Charles, opéré deux fois, une première fois en 1912 pour gastrite ulcéreuse ; une seconde fois le 20 mai 1916 pour un nouvel ulcère sur la première portion du duodénum. Cette seconde opération consista dans l'exclusion du pylore par la technique de Lambotte et dans une appendicectomie.

Radioscopie le 5 décembre 1917, dix-huit mois après l'exclusion : L'évacuation par la gastro-entérostomie commence immédiatement et se produit très rapidement. Il existe des contractions globales de l'estomac plus que des ondes péristaltiques. On voit cependant celles-ci se produire avant la gastro-entérostomie et au delà d'elle. Les contractions ne déterminent pas le moindre passage par le pylore.

L'examen repris après un quart d'heure de repos montre des phénomènes semblables. On malaxe alors l'estomac d'une manière vigoureuse et prolongée et on arrive ainsi à faire passer par la partie supérieure de l'exclusion pylorique une trace très fine de bismuth, de tout petit calibre et très peu opaque. Cette ombre semble se continuer par une légère traînée très estompée ayant un aspect en chapelet.

OBS. RADIOSCOPIQUE III. — Mme M..., trente-trois ans, institutrice, Sarthe, a subi une gastro-entérostomie avec exclusion du pylore suivant la méthode de Lambotte, le 21 septembre 1917 pour ulcère prépylorique.

Radioscopie faite le 5 décembre montre un pylore infranchissable aux contractions gastriques qui sont assez intenses, aussi bien qu'aux malaxations énergiques.

Cet état est identique après deux repos, l'un de une demi-heure et l'autre de une heure. Après le premier on voit se former sous les yeux une tache au-dessus du pylore, mais on ne peut déceler aucune communication entre cette tache et l'estomac, quelque manœuvre qu'on fasse. Et comme celui-ci est encore assez dilaté, que les anses intestinales peuvent fort bien se trouver logées derrière, et en raison de son mode de formation, M. Laquerrière conclut qu'elle se forme par voie intestinale.

Voici trois malades dont le pylore a été exclu depuis un temps variable. Chez le premier l'opération remonte à deux ans, à dix-huit mois chez le second, à deux mois et demi chez le troisième. Chez tous, les contractions gastriques ne laissent rien passer par le pylore. Les malaxations énergiques et répétées après quelque temps, un quart d'heure pour

le premier, une heure pour le troisième, montre que le pylore formé un mur infranchissable. Pour le second malade ces malaxations répétées finissent par provoquer une ombre très tenue et de très petit calibre à la partie supérieure du pylore-ombre qui se continue semble-t-il par une traînée très estompée. Que pouvons-nous en conclure ?

Remarquons d'abord que le pylore s'est montré physiologiquement infranchissable et qu'il a fallu répéter les malaxations plus énergiquement pour provoquer cette ombre de très petit calibre et excessivement tenue, nous le répétons. Ce fait, prouve-t-il que le fil n'est pas resté en place ? Il ne nous le semble nullement dès lors que nous savons que la particularité de cette ligature est d'être peu serrée. La traction sur le fil de ligature peut fort bien avoir été quelque peu moindre tout en assurant l'imperméabilité physiologique du pylore comme nous l'avons constaté. Rien d'étonnant qu'après ces manœuvres répétées, un léger filet de bismuth ait pu trouver un petit pertuis à travers les plis de la muqueuse et sortir par là de l'estomac.

Ces trois radioscopies nous semblent donc tout aussi probantes les unes que les autres et permettent d'affirmer que l'exclusion du pylore par le procédé de Lambotte est définitive puisqu'au bout de deux ans ce sphincter se montre encore infranchissable. Qu'on ajoute à cela la constatation *de visu* faite au bout de deux mois sur un opéré, que le fil de soie n'avait pas bougé ni modifié en quoi que ce soit les

tuniques sous-jacentes, et nous nous croyons en droit, devant ces résultats, d'affirmer la persistance de ce procédé d'exclusion.

Rapidité, simplicité et durée, tels sont les grands avantages de cette méthode, avantages qui doivent lui faire donner la préférence sur tous les autres procédés d'exclusion du pylore employés jusqu'alors.

CHAPITRE III

Indications théoriques de l'exclusion pylorique

L'historique de l'exclusion nous a montré que cette opération a déjà été pratiquée un grand nombre de fois et que ces dernières années, elle a été le sujet de nombreuses études. Pourtant elle n'est pas encore une opération courante. Souvent on ne la fait que lorsqu'une gastro-entérostomie antérieure n'a pas donné d'assez bons résultats. Désormais nous estimons qu'on devra la pratiquer d'emblée dans un assez grand nombre de cas.

Nous essayerons de préciser dans ce chapitre ses indications théoriques. Mais comme nous l'avons vu, l'exclusion étant un gros perfectionnement ajouté à la gastro-entérostomie, nous verrons en quoi la gastro-entérostomie a besoin d'être perfectionnée. Nous commencerons donc par faire l'étude de la fonction mécanique de l'estomac après cette opération, réservant au chapitre des résultats cliniques l'exposé des autres troubles fonctionnels et subjectifs qui peuvent persister après elle. Et de cet exposé

nous essayerons de déduire les indications théoriques de l'exclusion dans les ulcères pyloriques et duodénaux.

ETUDE DU FONCTIONNEMENT RESPECTIF DE L'ANASTOMOSE ET DU PYLORE APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Après l'apparition de la gastro-entérostomie on pensa que l'abouchement de l'estomac dans l'intestin permettrait à cet organe de se vider comme un entonnoir, et que cet orifice placé à la partie déclive opérerait un vrai drainage en détournant tous les aliments de la voie normale qu'ils ne devaient plus emprunter.

Mais peu à peu les faits montrèrent que la réalité était autrement complexe et que l'estomac après cette opération n'était pas une poche inerte, mais restait un organe doué d'un fonctionnement et d'une vitalité particulières. Les examens radiographiques de gastro-entérostomisés ont été répétés fréquemment depuis quelques années et ont prouvé la perméabilité du pylore malgré la gastro-entérostomie. Ce point est hors de doute malgré les contestations qu'il a soulevées.

Ainsi en 1911 Pétren (1) fait les constatations suivantes sur 35 malades gastro-entérostomisés depuis plus de deux ans : chez 17 le bismuth passait « prin-

1. Pétren, *Résultats du trait. chir. de l'U gastrique et duodénal non perforés* (*Beiträge zur Klin. chir.* t. LXXVI, nov. 1911, p. 305).

ciatement » par l'anastomose ; chez 12 il passait autant par le pylore que par l'anastomose ; chez 5 la bouillie passait seulement par le pylore. Donc toujours le pylore assurait une partie de l'évacuation gastrique : une petite partie seulement dans 17 cas, davantage dans 12 cas et toute l'évacuation dans 5 cas.

La perméabilité physiologique du pylore après gastro-entérostomie est également affirmée par W.-J. Mayo de Rochester (1) qui lui attribue un grand nombre d'échecs opératoires dans les ulcères duodénaux.

M. Delagenière affirme également le retour partiel des fonctions pyloriques après de nombreux cas de gastro-entérostomies, même faites près du pylore, verticales et postérieures.

Voici l'observation d'un malade que nous avons vu.

OBS. RADIOSCOPIQUE IV. — Malade opéré depuis un an et deux mois (gastro-entérostomie verticale postérieure prépylorique pour ulcère prépylorique); examen fait en décembre 1916.

Le malade étant à jeun prend 100 grammes de carbonate de bismuth. La bouillie passe immédiatement par l'anastomose, puis au bout d'une quinzaine de secondes environ le passage se ralentit. Après quelques minutes d'examen le pylore se met à fonctionner, et l'on voit nettement la région de l'antrum isoler une petite portion de bismuth et par propagation de l'onde

1. W.-V. Mayo, *loc. cit.*

péristaltique l'expulser dans le duodénum. La bouche anastomotique fonctionne aussi, il semble que ce soit en proportion plus grande que le pylore. On remarque une véritable striction sur l'anse jéjunale partant de l'estomac, à 1 centimètre au-dessous de l'anastomose, striction qui semble jouer le rôle d'un sphincter.

Notons en passant que pour faire ces constatations il faut souvent attendre et ne pas faire un examen trop rapide, car le pylore ne fonctionne pas au début, c'est l'anastomose qui assure alors seule l'évacuation, ce n'est qu'ensuite que le pylore se met à fonctionner. Il se forme au niveau de la bouche artificielle comme un vrai sphincter, ne permettant pas aux aliments de s'écouler très vite comme on serait tenté de le supposer. M. Laquerrière nous disait avoir vérifié ce fait d'une manière constante. Quelle est la cause de ces phénomènes ? Peut-être pouvons-nous admettre avec M. Tuffier (1) que la musculature propre de l'estomac joue un rôle remarquable par sa contraction et règle l'ouverture et la fermeture de la bouche artificielle. Mais cela reste dans le domaine de l'hypothèse.

On peut rapprocher ces constatations au cours d'une même digestion d'autres faites sur l'évolution de l'évacuation gastrique après gastro-entérostomie pour ulcère ayant une influence spasmogène sur le pylore. Les premières semaines qui suivent l'opéra-

1. Tuffier, Soc. Chir. Paris, 1914, p. 798 : *in discussion*.

ration, le pylore reste contracturé, la bouche fonctionne bien et seule, puis peu à peu, le spasme cède peut-être par arrêt de l'irritation de l'ulcère, le pylore se relâche et retrouve une partie de son rôle physiologique au bout parfois de deux ou trois mois.

Schüller (1) conclut de ses examens radioscopiques qu'après une première période où l'évacuation se fait par la bouche survient une seconde où elle s'effectue en partie par le pylore.

Pourtant M. Hartmann (2) ne prétend-il pas qu'à moins de cas exceptionnels (développement d'un ulcère peptique, traumatisme opératoire) la bouche artificielle reste toujours perméable. Et M. Ricard n'affirme-t-il pas à sa suite : « jamais je n'ai accepté qu'une bouche gastro-intestinale ne fonctionne pas parce que le pylore est perméable » (3).

Ces déclarations ne nous contredisent pas. C'est à l'hypothèse d'une fermeture *anatomique* de la bouche anastomotique que M. Hartmann répond par des faits ; il ne conteste pas la perméabilité pylorique. Nous ne nions pas que l'anastomose fonctionne, nous prétendons seulement que, malgré ce fonctionnement, le pylore partage avec elle la besogne d'évacuation gastrique dans une plus ou moins grande proportion.

1. Schüller, *Recherches clin. et expériment. sur les fonct. de l'est. après la G. E. et la pylorectomie* (in *Journ. de Chir.*, t. VI, n° 4, p. 419).

2. Hartmann, *les Bouches intestinales dans les cas de pyl. perméable* (*Bull. et mém. Soc. Chir. Paris*, 1914, p. 798).

3. Ricard, *Soc. Chir. Paris*, 1914, p. 798 : *in discussion*.

Voici d'ailleurs les conclusions de M. Hartmann :

« Lors de la bouche près du pylore, la plus grande partie du contenu gastrique passait par la bouche, rien ou peu de chose par le pylore.

« Lors de la bouche, loin du pylore, presque tout le contenu gastrique passait par le pylore. »

M. Hartmann admet donc qu'il peut passer quelque chose par le pylore même lorsque l'anastomose a été faite dans de bonnes conditions.

Nous pouvons encore rappeler à la suite de M. Tuffier (1) l'expérience de la balle suspendue à un long fil qu'on fait ingérer à un chien gastro-entérostomisé après avoir attaché le bout du fil à une molaire. On sacrifie l'animal et on trouve la balle dans l'intestin, appendue à un long fil qui passe plusieurs fois par le pylore et rentre dans l'estomac par la bouche artificielle, formant une série d'anses qui témoignent de sa sortie et de sa rentrée dans l'estomac.

Pour catégorique qu'elle soit, notre affirmation ne saurait l'être davantage que celle de MM. Enriquez et Gosset (2) quand ils viennent affirmer l'insuffisance de la gastro-entérostomie à cause de cette perméabilité pylorique. Ces auteurs citent à l'appui de leur assertion le travail de O. Hesse (de Bonn) (3) qui a étudié radiologiquement 28 malades

1. Tuffier, Soc. Chir. Paris, 1914, t. XL, p. 331 : *in discussion*.

2. Enriquez et Gosset, *loc. cit.*

3. Hesse, *Die G. E. im Roentgenbilde* (*Zeitsch. f. Roentgenkunde und Radiumforschung*, 1912. Bd. XIV, fasc. 5, p. 153.)

opérés de gastro-entérostomie. Sur ces 28 estomacs, 24 s'évacuaient partie par le pylore, partie par la gastro-entérostomie. Au début c'était la bouche anastomotique qui fonctionnait le plus ; ensuite le pylore assurait « presque exclusivement » l'évacuation du résidu gastrique. Ce mode d'évacuation était identique chez les opérés récents et chez ceux opérés depuis trois ans et plus.

Nous le voyons, les résultats des examens sont concordants : l'anastomose gastro-intestinale dans un très grand nombre de cas, n'empêche pas le pylore de reprendre une partie plus ou moins importante de ses fonctions après un temps variable, et nous croyons démontrée la persistance de la perméabilité pylorique après gastro-entérostomie.

DÉDUCTIONS CONCERNANT L'ÉTUDE DES INDICATIONS THÉORIQUES DE L'EXCLUSION PYLORIQUE

Si minime que persiste l'écoulement du chyme gastrique par le pylore, nous pouvons dire que la gastro-entérostomie n'a pas réalisé tout ce qu'on était en droit de lui demander, puisque son but principal de fournir une déviation aux aliments et de leur faire éviter la vie normale du pylore n'est pas rempli.

La connaissance de ces faits nous permet d'étudier quelles doivent être les indications théoriques de l'exclusion pylorique en ce qui concerne le pylore et le duodénum.

I. — *Ulcères pyloriques*

Le principal obstacle à la guérison des ulcères situés dans la région gastro-duodénale réside, ce n'est pas douteux, dans l'action néfaste à leur niveau du suc gastrique. L'irritation causée par l'acide chlorhydrique et par la pepsine empêche la cicatrisation de l'ulcère ; et la persistance de cette action expose aux dangers de perforation ou d'hémorragies si un vaisseau sous-jacent se trouve entamé.

Une complication plus grave encore menace les porteurs d'ulcères gastriques et pyloriques : la cancérisation de leur lésion. Beaucoup d'auteurs admettent que tous les cancers pyloriques sont greffés sur des ulcères. Cette thèse n'est pas acceptée universellement, et les examens pratiqués à la maison de santé de M. Delagenière par M. Beauchef ne lui ont pas permis de saisir le passage entre la lésion ulcéreuse et la lésion cancéreuse. Il a vu seulement la coexistence, le voisinage de ces lésions. Cette constatation n'infirmerait-elle pas les affirmations du développement néoplasique au niveau et aux dépens même de l'ulcère ?

Peu importe ici ce sujet ; mais quel que soit le siège exact où prend naissance le cancer, et que l'ulcère agisse en permettant la pénétration d'un germe, ou par irritation de voisinage ou de toute autre façon, son influence sur le développement du néoplasme ne semble pas douteuse.

Telles sont, indépendamment des troubles sérieux

locaux et généraux qu'il occasionne, les complications graves auxquelles expose l'ulcère pylorique et prépylorique. Et la cause la plus importante de sa persistance et par suite de ses complications réside dans l'action du suc gastrique à son niveau.

Quels sont donc les moyens thérapeutiques proposés ?

L'ablation de l'ulcère est évidemment le traitement de choix en principe ; elle est radicale et évite toute complication. Extirper la lésion reste donc l'idéal, le traitement auquel on devra toujours recourir quand il sera possible et qui consistera dans l'excision ou la pylorectomie.

Naturellement ces opérations seront particulièrement indiquées quand on aura affaire à un ulcère suspect de malignité, à un vaste ulcère calleux par exemple.

Mais l'excision d'un ulcère prépylorique est souvent délicate. Lorsqu'il s'agit d'ulcères vastes, la brèche gastrique serait difficile à suturer, il faudrait faire une autoplastie compliquée. Les adhérences peuvent rendre impossible toute opération de ce genre.

La pylorectomie n'est pas non plus toujours applicable. Les adhérences étendues au foie, à la vésicule biliaire, au pancréas peuvent la rendre impossible. Libérer par exemple le pylore du pancréas quand la fusion est un peu étendue est chose difficile et dangereuse à cause de la fragilité de ce tissu, des hémorragies abondantes auxquelles il donne lieu et qu'il est souvent malaisé d'arrêter.

D'ailleurs, la pylorectomie est une opération en elle-même grave et longue, davantage encore que l'exclusion du pylore par le procédé de von Eiselsberg, puisqu'en plus de cette dernière elle exige une section du duodénum, des ligatures d'épiploons, et surtout la libération du pylore. Quand on pense que fréquemment les opérés sont dans un état général grave, amaigris, épuisés souvent par des hémorragies parfois cachectiques, on voit que tout en restant l'opération idéale, la pylorectomie est très souvent inapplicable.

C'est alors qu'on aura recours à l'exclusion du pylore par le procédé de Lambotte qui ne prolonge certainement pas l'opération de deux minutes. On pourra l'appliquer non seulement aux ulcères pyloriques, mais encore aux ulcères prépyloriques peu éloignés du pylore lorsque l'estomac ne sera pas trop dilaté. Les adhérences ne gêneront pas et on trouvera toujours moyen de passer le fil.

Ses avantages ici sont évidents. Cette ligature placée en amont de la lésion la soustrait au contact irritant répété du chyme gastrique et lui permet de se guérir beaucoup plus rapidement. Et ne peut-on affirmer que guérir promptement l'ulcère est le plus sûr moyen, après l'ablation, d'éviter toutes ses complications, même la transformation cancéreuse ? Une influence heureuse de l'exclusion du pylore signalée par Jianu et Grossmann (1) consiste encore dans

1. Jianu et Grossmann, *Archiv. f. Verdauungs Krank*, Bd XVI, 1910, p. 147.

l'atrophie consécutive de la muqueuse voisine qui ne peut qu'être favorable à la guérison de l'ulcère.

Les complications de l'ulcère pylorique et prépylorique une fois produites, on se guidera pour le choix de l'intervention d'après les mêmes principes. On traitera les petites hémorragies répétées par la pyloréctomie, l'excision de l'ulcère ou la gastro-entérostomie avec exclusion, c'est-à-dire comme l'ulcère. Quant au cancer, il n'est même pas besoin de dire que c'est l'ablation large, c'est-à-dire la pyloréctomie qui est la seule intervention logique et utile au malade. C'est alors que le diagnostic précoce est indispensable, et, le déclin de l'état général et la présence de sang occulte dans les selles sont alors les premiers symptômes à noter.

La perforation relève du traitement ordinaire de la péritonite avec suture de la perforation. Dans un second temps on traite l'ulcère comme d'habitude par l'excision, la pyloréctomie ou l'exclusion.

A l'exclusion on doit donc préférer l'excision de l'ulcère ou la pyloréctomie toutes les fois que cela est possible, surtout lorsqu'il s'agira d'ulcères calleux ou suspects de dégénérescence cancéreuse. Malheureusement ces opérations sont très fréquemment impossibles. L'intervention de choix pour ces cas qui sont les plus nombreux sera la gastro-entérostomie suivie d'exclusion par le procédé de Lambotte, car elle met la région malade au repos, elle soustrait l'ulcère à l'action irritante du suc gastrique, elle assure sa guérison rapide et évite ainsi

de la manière la plus certaine les complications.

II. — *Ulcères duodénaux*

L'ulcère duodénal bien connu en Angleterre ne l'était pas autant dans les autres pays avant le rapport resté classique de MM. Ricard et Pauchet au Congrès de chirurgie de 1911. Mais depuis cette époque on a bien étudié sa symptomatologie toujours un peu obscure, sa fréquence qu'on a reconnue grande et ses complications qui sont particulièrement graves.

Sa fréquence : nous trouvons dans ce rapport que Mayo Robson l'estime deux fois plus grande que celle de l'ulcère gastrique ; Codman de Boston et W. Mayo de Rochester également. Moynihan qui a particulièrement étudié cette question le prétend beaucoup plus fréquent que l'ulcère gastrique. M. W. Mayo signale au Congrès de New-York en 1914 qu'après observation très attentive, il a trouvé 73,8 p. 100 d'ulcères duodénaux et 25,2 p. 100 d'ulcères gastriques sur une statistique portant sur 1.000 cas d'ulcères gastriques et duodénaux. En France il semble un peu plus rare. Les chirurgiens estiment qu'on le rencontre entre 30 et 50 p. 100 des ulcères en général. M. Delagenière a fait autant d'exclusions pour ulcères du duodénum que pour ulcères du pylore.

Ses complications nous l'avons dit sont d'une particulière gravité à l'exception d'une seule, la transfor-

mation néoplasique. Sur 32 observations Blad (1) note quatorze fois des hémorragies : six fois sous forme d'hématémèses simples, cinq fois sous forme d'hématémèses et de méloena, trois fois sous forme de méloena simple.

Kuttner (2) signale l'hémorragie mortelle dans 11 p. 100 des cas d'ulcères duodénaux, et remarque la rareté de la guérison spontanée de cet ulcère. Gruber (3) a compté que l'ulcère duodénum se perforé dans 17 p. 100 des cas contre 5,6 p. 100 dans l'ulcère gastrique. Pourtant Gibson de New-York (4) signale que sur 74 perforations, quarante-huit fois elles étaient dues à un ulcère gastrique et vingt-six à un ulcère duodénal.

On observe assez fréquemment des ulcères pénétrants envahissant les organes voisins, le vésicule biliaire, le foie et surtout le pancréas.

Autant par sa fréquence que par celle de ses complications, on voit donc l'importance de l'ulcère duodénal. Or, quelles sont les interventions qu'on a conseillées dans ces cas.

L'enfouissement de l'ulcère complétant la gastro-entérostomie est insuffisante. C'est la méthode à laquelle MM. Ricard et Pauchet ont donné la préfé-

1. Blad, *l'U. chron. du D. et son trait chir.* (Arch. f. Klin. Chir., t. XCIX, fas. 2. 2. 10 septembre 1912, p. 415, 453).

2. Discuss. au XLII^e Congr. chir. all. Berlin, 26-29, avril 1913 (*Zentrall. f. chir.*, t. XL, 12 juillet 1913, n^o 28).

3. Gruber, *Sur l'étude de l'U. pept. du Duod* (*mitteilungen aus den grenzgebieten der medizin und chir.*, t. XXV, 1912, p. 465).

4. Gibson, IV^e Congr. intern. chir., 1914, New-York, loc. cit.

rence dans leur rapport. Pourtant l'oblitération du duodénum est incomplète et ne le met pas entièrement au repos. D'ailleurs ce procédé est souvent impraticable à cause de l'étendue de l'ulcère ou de ses adhérences, en tous cas il est moins simple que l'exclusion de Lambotte.

Nous en dirons autant de l'excision de l'ulcère suivie de la gastro-duodénostomie ou opération de Finney. L'excision de l'ulcère n'est que bien rarement applicable et seulement pour les ulcères petits et situés dans la portion mobile du duodénum. Voici ce qu'en dit M. Pauchet (1) : « cette excision est relativement facile mais fait néanmoins courir quelques risques au sujet : risques en disproportion avec la gravité apparente de l'ulcus duodénal. Le seul cas où on puisse faire sans danger l'excision est celui où l'ulcus siège sur la partie antérieure du duodénum et non au bord supérieur (comme c'est la règle. »

La pylorectomie possible seulement pour les ulcères voisins du pylore est excellente mais passible des objections déjà faites à propos des ulcères pyloriques.

L'opération la plus fréquemment pratiquée est encore la gastro-entérostomie simple. C'est elle que préconisaient MM. Hartmann et Lecène (2) au Congrès de New-York en 1914 en ajoutant que les repro-

1. Pauchet, *Trait. de l'U. duodénal* (*Presse médicale*, 1917, p. 41).

2. Hartmann et Lecène, *loc. cit.*

ches de non fonctionnement de la bouche, si le pylore reste perméable, n'étaient pas fondés. Ces auteurs n'admettaient pas dans tous les cas l'exclusion du pylore à cause de la complication qu'elle apportait à l'opération, mais s'en montraient partisans dans des cas bien limités tels que les hémorragies.

Nous croyons avoir montré que le bon fonctionnement de la bouche et sa perméabilité n'empêchent pas totalement la fonction du pylore, et nous ne voyons pas que MM. Hartmann et Lecène l'aient nié. Nous en trouvons une preuve nouvelle dans ce fait qu'ils reconnaissent l'exclusion avantageuse dans certains cas tels que les hémorragies. Mais si la gravité de l'exclusion les empêchait alors de donner à celle-ci leur adhésion dans tous les cas, cette objection ne peut plus exister avec le procédé de Lambotte.

D'ailleurs la grande majorité des chirurgiens reconnaît que l'exclusion pylorique doit être considérée comme le traitement de choix de l'ulcère duodénal, alors même qu'ils n'envisagent pas la simplicité du procédé que nous défendons. L'opinion des opérateurs ne pourra donc que s'affirmer en ce sens lorsqu'on aura reconnu que la ligature du pylore si rapide, si avantageuse, permet d'assurer une exclusion tout aussi parfaite que l'ancien procédé compliqué de von Eiselsberg qu'ils ont pourtant adopté en général.

Nous voyons par exemple Payr déclarer à New-York l'exclusion pylorique la meilleure intervention

contre l'ulcère duodénal. Au Congrès de chirurgie de Berlin en 1913, Kuttner, Kolb et Hofmeister (1) s'étaient nettement prononcés dans le même sens. C'est l'opinion de Bier aussi (2). MM. Enriquez et Gosset tirent une conclusion identique de leur rapport à la Société de Chirurgie en 1914 et MM. Cunéo, Tuffier (3), M. Leriche (4) s'en déclarent partisans. M. W. Mayo reconnaît ses avantages dans les mêmes cas.

Sa supériorité en effet est ici plus grande encore que pour le pylore ; pour les ulcères de ce sphincter l'exclusion devait céder le pas à la pylorectomie, surtout par suite des dangers de transformation néoplasique.

Pour le duodénum, nous l'avons vu, le cancer est très rare, donc l'excision de la lésion d'autant moins formellement indiquée, et d'ailleurs cette excision est plus rarement possible encore qu'au pylore et seulement pour les ulcères de la première portion.

Les raisons qui l'indiquent sont les mêmes qu'au pylore : mettre au repos complet ce segment intestinal lésé, et lui éviter tout contact irritant avec le chyme gastrique.

Les complications de l'ulcère duodénal offrent les mêmes indications que l'ulcère, notamment les hémorragies, à moins d'hémorragies profuses exi-

1. Discuss. au XLII^e Congrès all. de Chir. Berlin, *loc. cit.*

2. Bier, *loc. cit.*

3. Cunéo, Tuffier, Soc. de Chir. de Paris, 1914, *loc. cit.*

4. Leriche, *loc. cit.*

geant un traitement médical en attendant une intervention.

Les perforations seront traitées dans un second temps par la gastro-entérostomie suivie d'exclusion, le premier temps ayant consisté soit dans le traitement de l'abcès péri-duodéal, soit dans celui de la péritonite.

La sténose cicatricielle seule ne réclame pas l'exclusion qui placerait un segment intestinal entre deux strictions.

En résumé, l'exclusion du pylore par la méthode de Lambotte représente le traitement de choix de l'ulcère duodéal. Elle est formellement indiquée dans les ulcères pyloriques dont on ne peut faire l'ablation, celle-ci devant être préférée toutes les fois que possible à cause du danger de transformation cancéreuse de l'ulcère. Mais on doit remarquer que l'exclusion en permettant une guérison beaucoup plus rapide de l'ulcère doit éviter de ce fait les complications, vraisemblablement même l'évolution néoplasique.

CHAPITRE IV

Résultats cliniques de l'exclusion du pylore par le procédé de Lambotte Insuffisance de la gastro-entérostomie

Pour mieux se rendre compte des bons résultats que donne l'exclusion du pylore comme complément de la gastro-entérostomie, il est utile de rappeler les échecs de la gastro-entérostomie seule. Nous reconnaissons bien que les succès de cette opération ne se comptent plus et que nombreux sont les malades qui lui doivent la santé ; mais à côté de ces cas heureux, nombreux aussi sont les résultats insuffisants, médiocres ou même nuls. Nous les rappellerons succinctement, puis nous exposerons les résultats de M. Delagenière qui pratique l'exclusion depuis deux ans par le procédé de Lambotte après avoir d'abord employé celui de von Eiselsberg.

En 1907 paraissait le travail si intéressant de notre maître M. Denécheau sur les résultats éloignés de la gastro-entérostomie (1). Les conclusions de son

1. Denécheau, *les Suites médicales éloignées de la G. E. au cours de l'ulcère de l'estomac et de ses complications*. Thèse Paris, 1907.

étuden'étaient pas empreintes de l'optimisme qui était habituel jusqu'alors. Il retrouvait dans 4 p. 100 des cas la douleur classique survenant deux à quatre heures après le repas. Il notait cinquante et une fois sur 76 cas les douleurs en broche, moins vives cependant. Les vomissements revenaient parfois, les hémorragies reparaissaient souvent puisqu'il les notait dans 32 cas dont 3 suivis de mort. Enfin il remarquait que tout en voyant l'état des malades se relever assez rapidement, la guérison n'était pas complète et que surtout elle était instable ; l'opéré conservait sa lésion : sans doute elle pouvait se cicatriser, mais à la première occasion le malade était guetté par une rechute plus ou moins grave.

Depuis 1907 de nombreuses relations parurent sur l'insuffisance des résultats de la gastro-entérostomie dans les ulcères de pylore aussi bien que dans les ulcères duodénaux.

Dans un travail documenté, M. Pétren (1) fait une statistique d'où il tire la conclusion que la gastro-entérostomie simple, postérieure, prépylorique, ne donne la guérison durable que dans la moitié des cas seulement. Il signale avoir vu 3 cas où l'ulcère s'est perforé quelques mois après l'opération et trois autres cas où une nouvelle opération a fait constater la non guérison de l'ulcère. Chez 20 malades, il vit après l'intervention des troubles gastriques sérieux permettant d'affirmer un ulcère en activité. Le cancer s'est produit six fois après la gastro-entérostomie, et

1. Pétren (de Lund)., *loc. cit.*

pourtant, entre l'opération et l'apparition du néoplasme on avait eu un très bon résultat : le cancer ne devait pas exister au moment de l'opération, et la gastro-entérostomie n'a pas empêché son développement.

Voici d'autres résultats parus dans un travail de Burk (1) en 1911. Sur 20 cas d'ulcères simples non calleux on fit dix fois la gastro-entérostomie postérieure avec 2 morts opératoires (1 hémorragie, 1 péritonite) ; 5 malades restèrent guéris (nous ne savons il est vrai quel était dans ce cas le siège exact de l'ulcère) ; 3 ne furent pas guéris. Chez deux on dut réintervenir pour enlever l'ulcère par pyloréctomie. Chez 4 malades on fit l'exclusion du pylore : ces 4 opérés furent totalement guéris. Nous noterons encore les conclusions de ce travail : l'auteur remarque que l'exclusion du pylore a toujours donné une guérison définitive ; que la gastro-entérostomie au contraire compte de nombreux échecs si l'on voit les malades au bout d'un certain temps. Les résections étendues (pyloréctomie et gastrectomie subtotale) donnent une mortalité immédiate de 13, 6 p. 100, mais tous les survivants restent définitivement guéris.

W.-J. Mayo (2) de son côté a signalé des récurrences d'ulcère duodénal chez des malades déjà gastro-entérostomisés, dus à la présence d'un pylore perméable, et a plaidé en faveur de l'exclusion pylorique.

1. Burk. *Trait. chir. des aff. bénignes de l'estomac* (Beiträge z. Klin. chir., t. LXXVI, déc. 1911, p. 638).

2. W.-J. Mayo, *loc. cit.*

Nous retrouvons un cas suggestif rapporté par Le Roy des Barres (1). Un homme opéré pour ulcère duodéno-pylorique inextirpable subit une gastro-entérostomie simple. Après un bon résultat pendant quelques jours, cet homme fut repris de violentes douleurs et mourut au bout de treize jours. L'autopsie montra un ulcère pyloro-duodénal : la paroi du tube digestif était détruite, et le fond de la lésion était constitué par le foie en haut, le pancréas en bas, la veine porte en arrière. Celle-ci présentait une fissure longitudinale de un travers de doigt. La mort était due à la perforation de la veine porte par progrès de l'ulcère malgré la gastro-entérostomie. L'auteur pensait que s'il avait ajouté l'exclusion du pylore à l'opération il aurait peut-être évité la mort de ce malade.

Nous rappellerons enfin des cas rapportés à la Société de Chirurgie par MM. Enriquez et Gosset (2). Quatre fois on dut faire l'exclusion pour pallier à un résultat insuffisant de la gastro-entérostomie, et ce n'est qu'à ce prix que fut obtenue la guérison.

Deux de leurs observations sont particulièrement intéressantes. Il s'agissait de deux malades ayant chacun des lésions presque identiques : un ulcère duodénum avec adhérences. L'un fut traité immédiatement par la gastro-entérostomie suivie de l'exclu-

1. Le Roy des Barres, *Note sur un cas de mort par ouverture de la veine porte au cours d'un ulcère de l'estomac continuant à évoluer après G. E. Communication à la Société médico-chir. de l'Indo-Chine. Séance du 11 mai 1913 (in Bulletin de la Société, t. IV, n° 6, juin 1913, p. 287).*

2. Enriquez et Gosset, *loc. cit.*

sion du pylore. La douleur cessa immédiatement, il guérit définitivement après avoir engraisé de 9 kilos. Le second, traité d'abord par la simple gastro-entérostomie, vit ses troubles persister et n'arriva à la guérison que lorsque, dans une seconde intervention, on lui eut fait l'exclusion du pylore. Entre les deux opérations la radioscopie avait montré que le pylore fonctionnait partiellement. On employa dans ces 2 cas le procédé de von Eiselsberg.

Quels sont donc les résultats cliniques de l'exclusion pylorique par le procédé de Lambotte ? M. Delagenière a fait depuis deux ans trente-cinq fois cette opération : seize fois pour ulcère duodénal, dix-sept fois pour ulcère pylorique et prépylorique, une fois pour ulcère duodénal et pylorique et une fois pour ulcère gastrique et pylorique. Il y eut trois morts post-opératoires.

L'une concernait une femme épuisée et sans réaction que l'abstention vouait quand même à la mort.

La seconde fut celle d'un docteur en médecine qui, dans un état d'extrême faiblesse et présentant des symptômes de myocardite avec crises d'angine de poitrine, pria malgré cela qu'on l'opérât. L'état de son estomac l'empêchait absolument de se nourrir depuis plusieurs jours, et il n'avait pris en une semaine qu'un peu de tisane. Il mourut deux jours après l'opération de collapsus cardiaque.

Enfin la troisième mort eut pour cause l'obturation de la bouche anastomotique par gonflement et infil-

tration périgastrique. On réintervint pour déplacer l'anastomose et on la fit sur une portion saine de l'estomac. A la suite le malade ne cessa de vomir mais eut des selles spontanées. Il refusa absolument tout lavage d'estomac et mourut six jours après.

Ces trois morts ne peuvent servir d'argument contre l'exclusion du pylore à la Lambotte. L'épuisement explique le premier décès, et on ne saurait prétendre que le complément de l'exclusion ait ajouté à la durée ou à la gravité de l'opération.

Le second malade est mort de myocardite.

Pour le troisième un point dut lâcher ; d'ailleurs, ce malade refusa tout lavage d'estomac.

En regard de ces échecs non imputables à l'exclusion par la méthode de Lambotte, nous devons considérer la série de beaux résultats obtenus grâce à ce procédé.

Voici une malade arrivée à la période précachectique lorsqu'elle est venue réclamer le secours de la chirurgie.

Obs. I. — Marie M..., trente-trois ans, institutrice, Sarthe. Entrée le 20 septembre 1917 à la clinique de la rue de Ballon, parce qu'elle souffre de l'estomac.

Antécédents. — Parents vivants. Sa mère est délicate de la poitrine, elle a eu deux fois des hémoptysies. Son père souffre de l'estomac.

Personnellement la malade a toujours été débile. Enfant, elle souffrait de maux de tête attribuables à la constipation. A trois ans, elle eut la rougeole. A sept ans, une pleurésie suivie de

bronchite qui disparut après quelque temps, plusieurs fois elle eut la grippe.

Elle fut réglée à douze ans régulièrement, mais les règles étaient douloureuses. Elle prit des fortifiants mais pas de fer, A vingt-six ans, elle eut un enfant qui se porte bien. Toujours elle a été plus ou moins constipée parfois avec alternatives de diarrhée.

Maladie actuelle. — Elle date de loin car la malade se plaint de souffrir depuis longtemps de l'estomac. Elle ressentait surtout de la pesanteur après les repas et des brûlures quelque temps après. Mais elle eut une forte grippe il y a dix mois à la suite de laquelle l'état de l'estomac s'aggrava. La pesanteur et les brûlures reparurent plus fortes. Depuis quelques mois, elle souffre beaucoup la nuit : des douleurs sourdes mais très pénibles la réveillent vers 3 heures ; par instants elle perçoit comme un coup de poignard dans la région des reins. Les repas sont d'ailleurs très pénibles car l'ingestion du moindre aliment réveille immédiatement la douleur. Cependant elle n'a eu que trois fois des vomissements alimentaires survenus à l'occasion d'un voyage ou d'une promenade en voiture. Mais plusieurs fois elle ressentit une faiblesse extrême et inopinée à la suite de laquelle les selles se montraient noires comme de la suie pendant trois jours. Elle a dû restreindre progressivement son alimentation qui est actuellement composée, exclusivement de lait et de bouillies claires prises en quantité modérée. Elle ne peut apporter le moindre changement ni la moindre augmentation à ce régime sous peine de douleurs violentes. Elle a maigri de 21 kilos depuis moins d'un an.

Examen. — La malade est très amaigrie, très anémique. La pression du creux épigastrique est douloureuse.

On trouve un autre point douloureux à 3 centimètres à droite de la ligne médiane au niveau de l'ombilic.

La pression en ce point provoque une contracture de défense. Il y a un peu de clapotage : la malade a bu une tasse de lait il y a trois heures. L'intestin est souple, le cæcum dilaté. La pression profonde du foie est pénible, cet organe n'est pas augmenté de volume. Les autres organes sont sains, poumons, cœur, reins.

Le lavage d'estomac pratiqué à jeun a ramené du mucus et du liquide, mais pas de débris alimentaires macroscopiques.

La radioscopie faite par M. de Keatig-Hart a montré un estomac allongé, ptosé très bas, avec contractilité assez bien conservée. L'intestin grêle s'est rempli assez vite.

Opération. — 22 septembre 1917. L'estomac dilaté se présente aussitôt après la laparotomie faite.

Il existe des tractus congestifs prépyloriques en avant, correspondant en arrière à une petite induration blanche et nacréée qui est l'ulcère, lequel semble très peu sténosant.

On fait une gastro-entérostomie transmésocolique verticale postérieure, à peu de distance du pylore, juste pour permettre l'exclusion, qu'on fait ensuite en amont de la lésion avec un fil de soie modérément serré.

Suites. — 22 septembre. — On fait un lavage d'estomac qui ramène du sang rouge.

23 septembre. — Le matin, un lavage ramène un peu de sang noir.

Le soir, un second lavage n'en ramène plus ; on laisse une tasse de lait dans l'estomac.

24 septembre. — La malade ne souffre plus du tout. Un

lavage d'estomac ne ramène ni lait ni sang, seulement un peu de bile.

2 octobre. — La malade qui a pris des tasses de lait assez nombreuses éprouve un peu de gêne, de pesanteur d'estomac. Pas de vomissements.

4 octobre. — La malade ne souffre plus, elle n'accuse aucune douleur. Elle prend des laitages épais qu'elle digère très bien.

5 octobre. — L'examen histologique de la muqueuse gastrique dont on a prélevé un lambeau à l'opération a été fait par M. Beauchef. Il a montré une gastrite légère et des lésions parenchymateuses discrètes. En conséquence on permet à la malade d'étendre progressivement son régime, et de prendre des purées, des laitages, un peu de viande grillée et quelques biscottes.

Départ de la clinique en très bon état ne souffrant plus. Les digestions sont faciles. La nourriture ne réveille aucune douleur. Les traits ne sont plus tirés, la malade est encore amaigrie.

14 novembre. — Sept semaines après l'opération. La malade a repris 3 kgr. 100. Pourtant une courte grippe a rendu les progrès stationnaires pendant une semaine. Elle a eu une ou deux régurgitations acides mais se sent beaucoup mieux.

3 décembre. — Radioscopie par M. Laquerrière. Nous en avons exposé les résultats ailleurs en parlant de la durée de l'exclusion. On n'a pas vu la moindre trace de bismuth franchir le pylore. L'estomac a paru nettement moins dilaté.

12 décembre. — Deux mois et demi après l'opération. La malade a engraisé de 5 kgr. 1/2. Elle mange d'une façon modérée parce qu'on le lui a recommandé, mais ne souffre pas du tout.

26 décembre. — L'augmentation de poids atteint 6 kgr. 100. Les forces reviennent. La malade est enchantée.

Nous remarquons dans cette observation la cessation immédiate des douleurs que le moindre aliment réveillait avant l'opération et qui étaient très violentes. Très rapidement aussi l'état général s'est trouvé amélioré, l'augmentation de poids a été régulière et prompte. Des résultats aussi complets et aussi rapides sont rares dans la gastro-entérostomie simple pour ulcères florides. Ils sont comparables à ceux de la gastro-entérostomie pour sténose pylorique.

Obs. II. — P...Auguste, quarante-cinq ans, soldat au 28^e territorial d'infanterie. Cet homme est tombé malade il y a un an. Il a souffert de l'estomac, a été pris de vomissements dont la fréquence a augmenté régulièrement jusqu'à devenir constants. Ces vomissements sont alimentaires, très acides, surviennent souvent immédiatement après les repas qui sont extrêmement douloureux ; ils soulagent la douleur. Le malade a eu plusieurs fois du méœna. Il est aérophagique.

Opération le 21 décembre 1917. — M. Delagenière trouve un ulcère prépylorique et fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique verticale et il exclut le pylore par un fil à la Lambotte juste en amont de la lésion.

23 décembre. — Le malade ne souffre plus du tout, mais l'abdomen est légèrement ballonné, sans doute à cause de l'aérophagie.

28 décembre. — Bon état. Pas de douleurs.

Cette courte observation montre la cessation immé-

diète de la douleur auparavant très violente. Cette remarque est constante d'ailleurs et elle indique bien que la lésion ainsi mise à l'abri du suc gastrique ne tourmente plus le malade, et que selon toute vraisemblance elle doit guérir beaucoup plus promptement.

Obs. III. — T... Marie, cinquante-neuf ans, habitant au Mans, souffre de l'estomac depuis assez longtemps : les digestions étaient pénibles et elle a dû réduire progressivement son régime. Elle ressent beaucoup de brûlures d'estomac. Elle a eu une hématemèse il y a plusieurs mois ; elle vient d'en avoir une seconde il y a trois semaines. L'affaiblissement général et l'amaigrissement sont très prononcés.

16 août 1917. — Opération par M. Delagenière. On trouve un ulcère prépylorique avec dilatation gastrique. On fait une gastro-entérostomie avec exclusion du pylore par un fil peu serré.

Suites. — Très bonnes. La malade sort de la maison de santé quinze jours après. L'examen histologique a montré à M. Beauchef une gastrite mixte avec grosses lésions inflammatoires, de l'atrophie glandulaire et des lésions adénomateuses superficielles de la muqueuse.

Nous avons revu la malade en décembre, quatre mois et demi après son opération. Elle était en excellente santé, avait retrouvé ses forces, repris une vie très active, ne souffrait plus. Les digestions se faisaient sans aucune gêne et elle avait engraisé.

Obs. IV. — Mlle A..., institutrice Sarthe, trente sept ans.

Malade n'ayant jamais souffert que de l'estomac. Elle s'en plaint depuis longtemps, éprouvant des brûlures et des régur-

gitations acides. Depuis janvier 1916 elle a des vomissements espacés au début, constants maintenant. Ils surviennent peu après les repas, soulagent la douleur immédiatement, sont très acides. Pas d'hématémèses ni de méloena. D'après la malade l'amaigrissement est notable depuis un an.

L'examen révèle un estomac dilaté, descendant de trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La pression épigastrique est douloureuse.

13 novembre 1917. — L'opération montre un estomac dilaté avec une induration pylorique blanchâtre au centre. Peu de sténose. On remarque quelques tractus fibreux au niveau de l'antrum pylorique. M. Delagenière pratique une gastro-entérostomie verticale postérieure avec exclusion pylorique par un fil.

Suites normales. Examen histologique de la muqueuse gastrique par M. Beauchef : gastrite mixte peu accentuée. On n'ordonne qu'un régime mitigé.

Des nouvelles six semaines après sont excellentes. La malade se juge guérie.

OBS. V. — Mme T..., jardinière au Mans, soixante ans.

Ulcère pylorique avec méloena et hématémèses.

2 août 1917. — Gastro-entérostomie et exclusion pylorique par un fil.

Examen histologique. — Gastrite mixte. Graves lésions des éléments glandulaires qui sont diminués et ont perdu leurs affinités colorantes.

2 novembre 1917. — Trois mois et demi après la malade donne de ses nouvelles qui sont très bonnes. Elle est en parfaite santé, dit-elle.

Les observations précédentes ne remontent pas à

plus de quatre mois et demi. Mais il est à noter, contrairement à ce qu'on voit souvent après la gastro-entérostomie, que plus elles sont anciennes, plus la guérison s'affirme.

L'observation III datant de quatre mois et demi montre une malade guérie malgré les lésions histologiques de la muqueuse. La première, remontant à trois mois, révèle, après le soulagement immédiat du début, une amélioration continue et régulière de l'état général. La cinquième observation relate le cas d'une malade guérie au bout de trois mois et demi. La quatrième est celle d'une opérée qui semble guérie immédiatement : chez cette malade en effet les lésions des muqueuses étaient très minimes, et dès que l'ulcère a été mis au repos, la guérison subjective a été obtenue.

Les observations suivantes ont trait à des ulcères duodénaux. On remarquera que deux malades ont été revus l'un après dix-huit mois, l'autre après deux ans.

Une partie des renseignements a été relevée dans les cahiers de M. Delagenière. Nous avons recherché les malades pour constater les résultats et compléter les observations.

OBS. VI. — M. M... Joseph, trente-huit ans, employé de chemin de fer, entre à l'hôpital en décembre 1915 pour troubles gastriques graves.

Il n'avait jamais été malade avant décembre 1914. A ce moment ont débuté des douleurs gastriques avec vomissements.

Ceux-ci sont devenus continuels. Le malade a eu plusieurs hématémèses et méléœnas. La nourriture est réduite à un peu de lait et de tisane. L'affaiblissement est extrême.

Opération le 21 décembre 1915. — M. Delagenière trouve un ulcère juxta-pylorique avec enfoncement du pylore dans des adhérences. Il existe un second ulcère de la portion descendante du duodénum.

M. Delagenière libère les adhérences et fait une gastro-entérostomie postérieure avec exclusion du pylore par un fil modérément serré.

Suites. — Le malade est immédiatement soulagé et sort un mois après de l'hôpital en très bonne voie de guérison.

Examen histologique de la muqueuse gastrique par M. Beauchef : Gastrite mixte arrivée à la période atrophique. Cependant il existe encore des éléments glandulaires quoique beaucoup d'entre eux soient en état de dégénérescence muqueuse. Lésions adénomateuses de la muqueuse de recouvrement.

En décembre 1917, deux ans après son opération nous avons retrouvé en parfaite santé ce malade qui, gardant une profonde reconnaissance à la chirurgie et au chirurgien, s'est prêté de bonne grâce à l'examen radioscopique que nous lui avons demandé et qui est relaté dans la partie de ce travail où nous étudions le procédé de Lambotte.

Nous rappelons ici que la radioscopie a montré un estomac de dimensions normales, l'anastomose gastro-intestinale fonctionnant bien, un péristaltisme gastrique énergique, et un pylore absolument infranchissable au bismuth, même après malaxations répétées.

Cet homme est complètement guéri et n'a plus jamais souff-

fert depuis son opération. Il exerce un métier assez pénible sans défaillance.

OBS. VII. — M. B... Charles, cinquante-trois ans. Opéré par M. Delagenière le 20 mai 1916. Ce malade a été gastro-entérostomisé il y a quatre ans pour gastrite ulcéreuse. Les douleurs gastriques ont repris.

La laparatomie montre que la bouche anastomotique fonctionne très bien et n'a pas contracté d'adhérences ; mais on trouve un nouvel ulcère sur la première portion du duodénum. On fait l'exclusion du pylore avec un fil à la Lambotte, et par une seconde incision, l'ablation de l'appendice, quelques symptômes douloureux ayant porté à croire à une appendicite chronique.

Nous avons revu ce malade en novembre 1917, dix-huit mois après son opération. Il se plaignait encore d'une légère sensation de gonflement épigastrique après les repas, mais celle-ci passait toute seule. A part ce léger symptôme, il n'éprouvait aucune douleur, allait bien et avait engraisé de 4 kilos.

La seconde radioscopie que nous avons rapportée est la sienne. Elle a montré après plusieurs malaxations d'estomac un léger filet de bismuth passant par la partie supérieure du pylore ; mais rien ne passait dans les conditions physiologiques. Nous nous sommes crus en droit d'affirmer que la ligature tenait, et qu'il était très plausible d'admettre que cette ligature, peu serrée par principe, pouvait fort bien laisser filtrer un mince filet de bismuth.

Quant à la sensation de gonflement gastrique éprouvée après

les repas, elle peut s'expliquer par le fait que cet homme menait une vie très sédentaire, étant bureaucrate. D'ailleurs il se prétendait beaucoup amélioré.

Une particularité est remarquable dans cette observation : la formation et l'évolution d'un ulcère duodénal après la gastro-entérostomie. Il ne peut y avoir de meilleur argument pour démontrer l'insuffisance de cette opération.

Obs. VIII. — L... Eugène, soixante-six ans. Souffre depuis l'âge de dix-huit ans de l'estomac, mais pas aussi violemment que depuis deux mois. A partir de ce moment il ressent une douleur très intense deux ou trois heures après les repas, douleur qui irradie jusque dans le dos ; mais il se plaint surtout d'une sensation de barre épigastrique extrêmement pénible. Il y a un mois il a eu une hématomérose suivie de méléna. Pas d'autre vomissement. Amaigrissement : quinze livres en deux mois.

Opéré le 6 décembre 1917 par M. Delagenière. On trouve un ulcère de la seconde portion du duodénum, adhérent au pancréas, avec noyau de pancréatite chronique. La cancérisation de cet ulcère ne paraît pas impossible à M. Delagenière qui fait une gastro-entérostomie avec exclusion.

Dès le lendemain le malade ne souffre plus, et quinze jours après il sort de la clinique en excellent état et heureux de ne plus ressentir ses violentes douleurs.

Faut-il voir dans ces douleurs une relation avec le noyau de pancréatite ? Toujours est-il que le soulagement apporté par l'exclusion a été immédiat et complet.

Il est à noter que malgré la rareté du cancer du duodénum la nature de cet ulcère a paru suspecte. Mais l'extirpation de la lésion était impossible et aucun autre des traitements proposés pour l'ulcère duodénal n'eût pu être appliqué, ou n'eût donné de meilleurs résultats.

Constatons aussi que même devant un cancer greffé sur un ulcère l'indication de l'exclusion peut se trouver formelle.

OBS. IX. — G... Anatole, trente-neuf ans, ferblantier à Colombes. Mobilisé au 44^e d'artillerie.

Opéré le 2 avril 1917, par M. Delagenière pour ulcère duodénal saignant. Hémorragies occultes succédant à des melœnas. Malade ayant eu plusieurs hémorragies intestinales le réduisant à la dernière extrémité, la dernière il y a trois semaines.

Gastro-entérostomie verticale postérieure transmésocolique et exclusion du pylore par un fil.

Sorti guéri trois semaines après, toute hémorragie ayant cessé.

OBS. X. — A... Joseph, employé de commerce à Levallois Perret, mobilisé au 164^e d'infanterie.

Ulcère sténosant de la seconde portion du duodénum. Hémorragies continuelles ayant amené un état d'anémie prononcé.

Gastro-entérostomie et exclusion du pylore.

Résultat excellent. Cessation des hémorragies. Relèvement de l'état général.

Ces deux observations mentionnent la cessation

immédiate des hémorragies de l'ulcère duodénal. Le traitement de ces hémorragies n'est pas toujours facile et ne laisse pas parfois que d'embarrasser le chirurgien.

Là l'exclusion du pylore a admirablement réussi.

Ces derniers malades n'ont pu être suivis malheureusement ; mais de tous ces cas ressort clairement l'efficacité de l'exclusion pylorique pour arrêter immédiatement les douleurs ainsi que les hémorragies.

Les observations I, III, V, et surtout VI et VII montrent que la guérison se maintient quel que soit le temps après lequel on revoit les malades. Nous n'avons d'ailleurs pas fait de sélection dans ces cas, nous avons simplement mentionné ceux que nous avons vus ou pu retrouver. Les autres ne sont pas moins probants, affirme M. Delagenière qui a reçu d'excellentes nouvelles de plusieurs d'entre eux.

Nous croyons pouvoir prétendre que la simple gastro-entérostomie ne donne pas des succès aussi constants, aussi beaux, aussi durables.

Après l'étude théorique qui nous a fait préconiser l'exclusion pylorique par le procédé de Lambotte comme complément de la gastro-entérostomie dans les ulcères pyloriques et duodénaux, l'examen des résultats cliniques confirme cette opinion et montre que la méthode préconisée par M. Lambotte apporte bien à la chirurgie gastrique un perfectionnement considérable.

APPENDICE

Le pronostic et le traitement chez les opérés pour ulcère d'après les examens histologiques.

Nous avons vu les bons résultats de l'exclusion sur les douleurs et les hémorragies principalement, puis peu à peu sur les autres troubles, l'amélioration de la dilatation gastrique et de l'état général par exemple.

Mais un ulcère entraîne après lui tout un cortège de troubles variés et graves au nombre desquels il faut compter en particulier l'état dyspeptique qui relève principalement des lésions de la muqueuse gastrique.

On conçoit cette répercussion en songeant à la stase, aux fermentations provoquées par l'ulcère.

Cliniquement cette altération de la muqueuse gastrique se manifeste par des troubles variables tels que pyrosis, régurgitations acides, boulimie ou diminution de l'appétit. Mais par leur variabilité même, ces symptômes rendent bien difficile l'appréciation de l'état de la muqueuse gastrique.

Pour préciser ce point important de diagnostic, M. Delagenière prélève à l'opération un lambeau de la muqueuse gastrique à l'endroit où il va faire l'anastomose jéjunale, par conséquent dans la paroi postérieure, au voisinage du pylore, puis M. Beauchef fait l'examen histologique de cette muqueuse.

Les résultats sont variables, mais il est rare de trouver des lésions exclusivement parenchymateuses, il s'y mêle constamment des lésions de gastrite interstitielle avec infiltration fréquente du chorion par les leucocytes. Parfois l'élément conjonctif arrive à étrangler les tubes glandulaires qui prennent un aspect kystique. Les lésions parenchymateuses peuvent consister dans une simple modification ou multiplication des cellules de bordure ; souvent on trouve des lésions atrophiques des cellules en état de dégénérescence muqueuse ; parfois celles-ci ont perdu leurs affinités colorantes.

Ces examens ont un très grand intérêt au point de vue du pronostic et du traitement ultérieurs. En montrant exactement les lésions de la muqueuse gastrique, ils permettent de juger en toute connaissance l'état de gravité de la maladie, et d'ordonner un régime approprié, régime très large si les lésions sont minimales, régime sévère jusqu'à être exclusivement lacté si on trouve par exemple une gastrite parenchymateuse et interstitielle avancée.

Remarquons qu'une pylorectomie aussi bien qu'une gastro-entérostomie suivie d'exclusion bénéficient de cet examen puisque celui-ci n'a pas pour but le

traitement de l'ulcère même, mais celui de la gastrite consécutive.

Ainsi l'ulcère guérissant facilement grâce à l'exclusion du pylore, les lésions de la muqueuse gastrique sont mises dans les meilleures conditions de guérison grâce à cet examen histologique.

CONCLUSIONS

1° A l'exclusion du pylore on doit préférer toutes les fois que c'est possible l'ablation de la lésion ulcéreuse, pylorique ou duodénale (pylorectomie, excision)

Mais bien souvent ces méthodes radicales sont impossibles à employer, soit par suite d'un état local (adhérences étendues), soit en raison de la localisation anatomique de la lésion (un certain nombre d'ulcères duodénaux), soit à cause de l'état général du malade.

2° En dehors de ces cas on doit compléter la gastro-entérostomie par l'exclusion du pylore qui est indiquée dans les ulcères pyloriques, prépyloriques et particulièrement dans les ulcères duodénaux.

L'exclusion, en mettant ces lésions à l'abri du contact irritant du chyme gastrique leur permet de se guérir dans les meilleures conditions, et évite ainsi le plus sûrement possible les complications ultérieures.

3° Les anciens procédés d'exclusion du pylore doivent céder le pas à la méthode de Lambotte qui consiste simplement en une ligature par un fil (de

chanvre ou de soie) *modérément serré* en amont de la lésion.

Ce procédé s'est montré efficace et durable, et, par sa simplicité et sa rapidité, marque un progrès important de technique.

4° Au point de vue des résultats cliniques, l'exclusion du pylore par le procédé de Lambotte semble amener une cessation immédiate des douleurs et des hémorragies, et une guérison progressive, très rapide et durable des ulcères pyloriques prépyloriques et duodénaux.

Vu : le Président de la thèse,

HARTMANN

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

COMPLÉMENT DE BIBLIOGRAPHIE

- BARTLETT. — Original work on exclusion of the pyloric antrum for ulcer (*Lancet* 1915, p. 98).
- An experimental study in exclusion (functional) of the pyloric antrum (*Am. J. M. Sc.*, CXLIX, p. 625).
- A simple method of excluding the pylorus (*Surg. gyn. and Obstet.*, t. XVIII, oct. 1913).
- BASTIANELLI. — Où en est la question du trait. chir. de l'U. gastrique (*La clinica chir.* t. XX, n° 7, p. 1255).
- L'exclus. pyl. et ses indicat. (*La Clinica chir.* n° 5, 31 mai 1914).
- BERG. — *Zentralb. f. chir.*, 23 mai 1903, p. 556.
- BIONDY. — XXIII^e Congr. soc. italienne chir. (*La Clinica chir.* 1911, p. 788).
- BORSZEKY. — Indikation und technik des pylorusausschaltung (*Beitr. Klin. chir.*, t. LXXXIV, f° 1, avril 1913).
- BRÉCHOT. — *Revue de chir.* 1907, t. I, p. 112; t. II, p. 284; t. III, p. 471.
- CECHERELLI. — *La Clinica chir.*, t. XIX, p. 354.
- DELAGENIÈRE (H.). — Contribution à l'étude de la chir. du pancréas (*Arch. prov. de chir.*, nos 4 et 5, 1906).
- U. du Duod. (*Bull. Soc. Chir.* 1910, p. 1.054).
- DELBET. — *Bull. et mém. Soc. Chir.* 1907, p. 1.250.
- DOMINICI. — G. E. et exclus du pyl. (*La Clinica chir.* t. XXII, n° 3, p. 537).
- DOYEN. — Trait. chir. des affect. de l'estom. et du duod. (*Rueff édit.* 1895, p. 298, 320).
- DUJARIER. — Etat actuel de la chir. gastro-duodénale, (*Journ. méd. fr.* 1911, p. 404).

DUVAL. — *In précis de pathol. chir.*, t. III, p. 382.

ENRIQUEZ. — *Traité de médecine* 1909, t. I, p. 1.091.

FRANK. — Observation on the surg. treat. of gastric and D. ulcer, including a brief review of recent literature (*Am. J. Surg.* 1916, t. XXX, p. 385).

GAZZARA. — L'indicat. de l'exclus. pyl. à la Parlavecchio dans la perfor. de l'U. D. (*Il Policlino*, t. XXI, n° 18, 3 mai 1914).

GIBSON AND BECKMANN. — Exclus. of the pylorus (*Ann. Surg. Phila.* 1915, p. 423).

GIRARD. — U. du D., Exclus. du pyl. (*Rev. méd Suisse rom.*, 20 nov. 1912, p. 776).

— Gastro-entéro-anast. p. U. D. avec excl. du pyl. (*Rev. méd. Suisse rom.*, t. XXXII, n° 4, 20 nov. 1912, p. 776).

— Sur la technique de l'excl. du pyl. (*Zentrallb. f. chir.*, t. XXXVIII, 22 juill. 1911; *XL^e Congr. chir. all.*, Berlin, 19-22 avril 1911).

GOSSET. — L'U. peptique du jéjunum (*Rev. de chir.*, 1906, p. 54).

GULEKE. — Results of exclusion of the pylorus by ligation (*Arch. f. clin., Chir.*, 1914, p. 67).

VON HABERER. — Uber unilaterale Pylorusausschaltung (*Arch. f. Klin. chir.*, t. CI, f. 1, déc. 1912, p. 161).

HALPEM. — Exclus. du pyl. par le procédé de Bogoljuboff-Vilms (*XIII^e Congr. chir. russes*, Pétrograd, 16 déc. 1913).

HARTMANN. — *Bull. Soc. Chir.*, 1907, p. 279-1278.

— *Bull. Soc. Chir.*, 1910, p. 1073-1162.

HORTOLOMEY. — Personnel modification of Wilms method for pyloric excl. (*Rev. méd. cir.*, Madrid, 1916, p. 154).

JIANU. — Therapeutica chir. in ulceral stomatici (*Tipografia Gutenberg*, 1907).

JONNESCO. — XXI^e Congr. f. Chir. (*Presse méd.*, 1908, p. 670).

— XXIII^e Congr. f. chir, (*Compte rendu*, p. 575).

- Interventions chir. dans les aff. non cancér. de l'estom.
(1^{er} Congr. Soc. intern. Chir., Bruxelles, 1905, Procès-verb., p. 251).
- KELLING. — Studien zur chir. des Magens (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin 1900, t. LXII, p. 1 et 288).
- KOLB. — Procédés capables de remplacer l'exclus. unilat.
(*Beiträge z. Klin. chir.*, nov. 1913).
- KUDLECK. — Exclus. extramuq. du pyl. combinée à la G. E.
Sa valeur dans le trait. de la gastropse et de la gastrectasie (*Zentral. f. Chir.*, t. XLI, n° 7, 14 fév. 1914).
- LEGGET et MAURY. — The function of the pylorus and stoma
after G. E. as been performed (*Ann. of surg.*, 1907,
p. 549).
- LERICHE. — L'exclus. du D. (*Lyon méd.*, t. CXVII, n° 43,
22 oct. 1911).
— L'excl. du D. (discuss.) (*Soc. des sc. méd. Lyon*,
n° 41, 8 oct., p. 733, n° 42, 15 oct., p. 769).
- LEVEN et BARRET. — Radioscopie gastrique (*Presse méd.*,
16 sept. 1905, 31 janv. 1906).
- LEWISOHN. — Pyloric exclus. an experimental an clinical
Study (*Surg. Gyn. Obst.*, 1916, XXII, p. 379).
- LUBETZKI. — De la résection de l'estom. dans l'U. et ses
suites. Thèse de Paris, 1912.
- MARIANI. — La pyloropexie intramusculo-pariétale comme
méthode d'excl. pylor. dans la gastropse av. gas-
trectasie (*Zentralb. f. Chir.*, t. XL, n° 44, nov. 1913).
- MAYO. — Chronic duodenal ulcer. (*J. Am. M. Ass.*, 1915,
LXIV, p. 2036).
- MAYO-ROBSON. — Duodenal ulcer and its treatment (*British
Med. Journ.*, 10 nov. 1906, *Brit. M. Journ.*, fév.
1907).
- MEYER. — Excl. pyl. et G. E. pour U. pyl. (*Annals of Surg.*,
t. LIX, n° 1, janv. 1914, p. 121).
- MONPROFIT. — La gastro-entérostomie.
— Chirurgie de l'estomac (*Trib. méd.*, 1906, n° 47).
— Interv. chir. dans les aff. non cancér. de l'est (Rap-

port au *I^{er} Congr. intern. chir.* Bruxelles, 1906.
Procès-verbal, p. 60-64).

MOLINARD. — Comment faut-il réaliser l'exclus. du pyl. et du duod. Thèse de Lyon, juin 1912.

MOYNIHAN. — Duodenal ulcer., 1910. Saunders, édit. Londres.

— Quelques points de diagn. et de trait. de l'U. chron. du D. (*The Lancet*, t. CLXXXII, n° 4610, janv. 1912, p. 9 à 12).

NEUHOFF. — The inefficacy of pyloric exclus by fascial bands (*Ann. surg. Phila*, 1916, LXIII, p. 438).

PAPADOPOULOS. — Contribut. à l'étude des suites éloignées de la G. E. Thèse de Paris, 1909.

PARLAVECCHIO. — Exclus. pyl. par ruban et non par lacet (*Presse méd.*, n° 34, 26 avril 1913).

PAUCHET. — Trait. de l'U. D. par l'excl. pyl., 17 juillet 1912 (*Bull. et mém. soc. chir.* Paris, p. 1060).

POLYA. — Sur l'exclus. du P. (*zentral. f. Chir.*, n° 10, 7 mars 1914).

PORTA. — L'exclus. du pyl. à la Biondi (*Deutsche zeitsch. f. chir.*, 5-6 nov. 1913).

RANDISI. — L'exclus. du pyl. par la méthode de Parla-vecchio (*La Clinica chir.*, 31 déc. 1910, n° 12).

— Exclus. pyl. permanente (*La Clinica chir.*, t. XXII, n° 2, 28 fév. 1914, p. 285).

RIVIÈRE. — Thérapeutique chir. de l'U. de l'estom. ; de la valeur de la G. E. et de la résect. de l'U. non compliquée de l'estomac. Thèse de Lyon, 1906.

RÖPKKE. — L'exclus. du pyl. à l'aide d'une bandelette aponévrotique dans l'U. duodéno-pylorique (*Zentral. f. chir.*, t. XLI, n° 7, 14 fév. 1914).

ROSSI. — La G. E. et l'exclusion du pylore dans le trait. de l'U. G. avec sténose du pyl. (*La Clinica chir.*, t. XXI, n° 4, 30 avril 1913, p. 877).

SAVARIAUD. — De l'U. hémorragique de l'est. et de son trait. chir. Thèse de Paris, 1898.

TUFFIER. — *Bull. Soc. chir.*, 1907, p. 1274.

TERRIER et HARTMANN. — Chir. de l'est. Paris, 1899.

VACHEZ. — L'U. peptique du jéjunum. Thèse de Paris, 1907.

• VOLKOFF. — Données expérimentales sur la question de l'exclus. du pyl. (*XIII^e Congr. des chir. russes*. Petrograd, 16 déc. 1913).

WILMS. — Umschürung und Verschluss des Pylorus durch Faszienstreifen (*Deutsche med. Wochenschrift* n° 3, 18 janv. 1912).

Travaux de l'Académie de l'Est Paris 1897
Vendredi 11 Mars 1897. — Séance publique.
Présidence de M. le Ministre de l'Instruction publique.
M. le Ministre de l'Instruction publique a prononcé
le discours d'ouverture de la session de l'Académie.
Il a été procédé à l'élection d'un membre correspondant.
M. le Ministre de l'Instruction publique a lu
le rapport de M. le Secrétaire général sur le
travail de l'Académie pendant l'année 1896.

